

*АО, Медицинский Университет Астана*  
*Кафедра доказательной и семейной медицины*

# Синдром Мэллори-Вейса

*Подготовил: Артиков Зикрилло 623ОМ.*

*Астана 2015*

# Общие сведения

**Синдром Мэллори — Вейсса** (по МКБ-10: желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром) — поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечением.

Состояние было впервые описано в 1929 г. Мэллори и Вейссом у 15 больных алкоголизмом.

## Эпидемиология

Синдром Мэллори-Вейсса становится причиной до 10% всех желудочно-кишечных кровотечений. В большинстве случаев синдром Мэллори-Вейсса возникает у мужчин 45-60 лет, злоупотребляющих алкоголем.

# Этиология

Предрасполагающие факторы к развитию синдрома Мэллори-Вейсса:

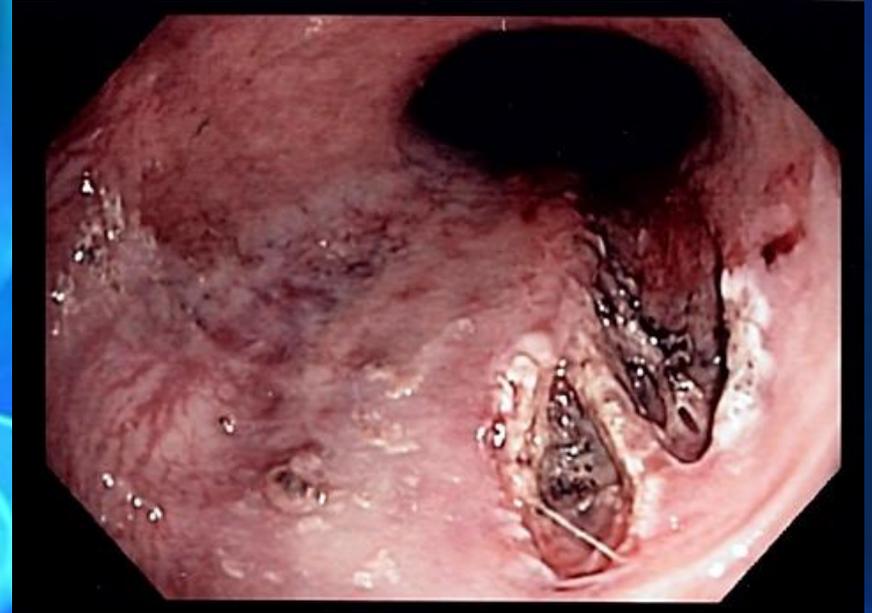
1. Рвота. (Она может возникнуть при употреблении избыточного количества алкоголя, переедании, беременности, панкреатите, холецистите и др. заболеваниях.)
  2. Икота
  3. Кашель
  4. Повреждение пищевода при фиброэзофагогастродуоденоскопии.
  5. Диафрагмальные грыжи
  6. Сердечно-легочная реанимация
  7. Тупые травмы живота. При ударе в область живота, падении с высоты, ДТП.
  8. Ятрогенное повреждение слизистой оболочки в области желудочно-пищеводного перехода в результате проведения эндоскопического исследования пищевода и желудка. Но повреждение такого характера возникает крайне редко.
- В некоторых случаях синдром Мэллори-Вейсса развивается без видимых причин.

# Патогенез

Синдром Мэллори-Вейсса возникает в результате резкого повышения пристеночного давления в верхнем отделе пищеварительного тракта (в области желудочно-пищеводного перехода).

Внезапное растяжение этого участка приводит к появлению линейного разрыва слизистой оболочки и кровотечению.

Другим возможным механизмом возникновения синдрома Мэллори-Вейсса является образование выраженного пролапса или инвагинации верхней части желудка в пищевод, что может выявляться при сильных позывах на рвоту во время эндоскопии.



# Клинические проявления

Клинически синдром Мэллори-Вейса будет проявляться наличием крови в рвотных массах(гематомезис). Кровотечение редко бывает интенсивным. При чем кровь может отсутствовать во время первых приступов рвоты, когда только происходит разрыв слизистой. Кроме рвоты с примесью крови у больных с данным синдромом возможно наличие болей в животе, стула черного цвета (мелены).

# Диагностика

## Анамнез

- следует расспросить пациента об употреблении накануне алкогольных напитков, приёме препаратов группы НПВП, наличии ранее диагностированных заболеваний ЖКТ (особенно пищевода и желудка). Следует уточнить время появления симптомов и их динамику.

## Физикальное обследование

- изменения характерные для кровотечений( бледность кожных покровов, тахикардия, артериальная гипотензия, ортостатический коллапс. Возможно развитие шока.)

## Лабораторные методы диагностики

### 1.Общий анализ крови.

- снижение количества эритроцитов, уровня гемоглобина, повышение количества тромбоцитов, что свидетельствует о наличии кровотечения.

### 2. Определение группы крови и резус-фактора.

# Диагностика

## Инструментальные методы

### 1.ЭКГ

- для оценки ишемии миокарда, вызванной острой потерей крови, особенно у пациентов с выраженной анемией, гемодинамическими нарушениями, болями в груди и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### 2.Эндоскопическое исследование

- является методом выбора.Эндоскопическое исследование подтверждает подозрение на синдром Мэллори-Вейса при выявлении активного кровотечения, прикреплённого к слизистой сгустка крови, фибриновых наложений в области желудочно-пищеводного перехода. Обычно повреждение слизистой составляет около 2-3 см в длину и нескольких мм в ширину. Как правило, повреждение локализуется немного ниже желудочно-пищеводного соединения на малой кривизне желудка.

# Лечение

В большинстве случаев кровотечение прекращается самостоятельно в течение 24—48 часов.

А) Консервативная терапия:

- ✓ кристаллоидные (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, раствор Рингера и др.), коллоидные растворы (альбумин, аминоклазма и др.), в случае тяжелой кровопотери - гемотрансфузия (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма)
- ✓ противорвотные препараты (прохлорперазин 5-10 мг перорально или в/м 4 раза в день (не более 40 мг/сут) .
- ✓ ЛС снижающие кислотность желудочного сока ( ИПП - омепразол
- ✓ ( Лосек МАПС , Ультоп , Омез ) 20 мг внутрь или эзомепразол
- ✓ ( Нексиум ) 20-40 мг внутрь в течение 2-х недель.
- ✓ антациды и обволакивающие средства: сукральфат ( Вентер ) 1 г внутрь 4 раза в день в течение 2-х недель).
- ✓ С целью остановки кровотечения используют зонд Блэкмора.

# Лечение

Б) эндоскопическое лечение:

✓ Местное введение адреналина.

Адреналин вводят местно в область кровотечения и по периферии в количестве 0.5-1мл (разведение 1:10000-1:20000).

✓ Аргоно-плазменная коагуляция

✓ Электрокоагуляция

✓ Склеротерапия.

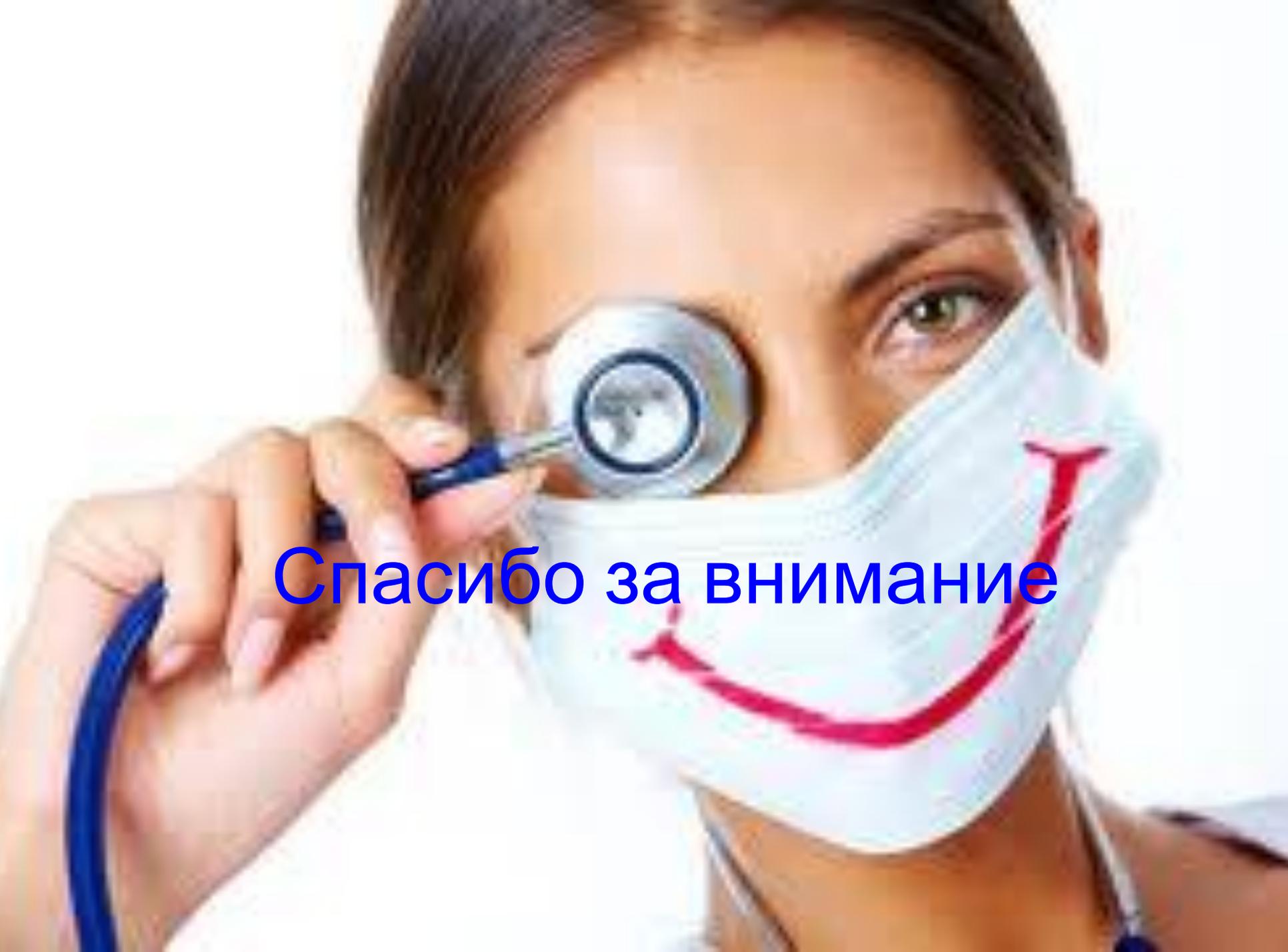
введение склерозирующего препарата полидоканол.

✓ Эндоскопическое лигирование сосудов.

✓ Эндоскопическое гемоклипирование.

В) Хирургическое лечение

✓ Операция Бейе: гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов.



Спасибо за внимание